



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



Sesión de trabajos libres orales

Martes 20 de noviembre de 2018

Enfermedad inflamatoria intestinal

Mar267

TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

K. E. Bozada-Gutiérrez, A. Sarmiento-Aguilar, A. Fresán-Orellana, M. García-Alanis, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La ansiedad y la depresión tienen una influencia negativa en la calidad de vida. El objetivo del estudio fue determinar los niveles de sensibilidad y especificidad de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS, del inglés Hospital Anxiety and Depression Scale) y comparar la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y depresión o ansiedad.

Materiales y métodos: Este estudio incluyó a 104 pacientes con diagnóstico de EII. Cada paciente recibió intervención psiquiátrica con un instrumento SCID como método de referencia para establecer los puntos de corte de la HADS. La calidad de vida también se evaluó mediante el cuestionario IBDQ-32. Se recopilaron variables demográficas y clínicas. El análisis estadístico se llevó a cabo en el software SPSS v.21.

Resultados: La mayoría de los pacientes refirieron una alta calidad de vida (73.1%, n= 76), mientras que 25.0% (n= 26) refirieron una calidad de vida moderada. Las curvas ROC para ambas entidades psiquiátricas mostraron una capacidad discriminativa adecuada de la dimensión HADS-Ansiedad (Área bajo la curva [ABC]: 0.84; IC95%: 0.76-0.92) con una discriminación limitada de la dimensión HADS-Depresión (ABC: 0.58; IC95%: 0.46-0.70) con un punto de corte de 8 (la puntuación propuesta).

Conclusiones: La versión mexicana de la HADS tuvo buena uniformidad interna y validez externa, con sensibilidad y especificidad favorables para identificar los casos de trastorno psiquiátrico definidos

por la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (SCID-I) en pacientes con EII.

Palabras clave: Enfermedad inflamatoria intestinal; ansiedad; depresión; HADS; SCID; validación.

Financiamiento: Ninguno.

Mar268

LA EXPRESIÓN PROTEICA DE TRPV3 ESTÁ DISMINUIDA EN PACIENTES CON COLITIS ULCEROSA CRÓNICA IDIOPÁTICA GRAVE REFRACTARIA AL TRATAMIENTO CONVENCIONAL

J. J. Toledo-Mauriño, J. Furuzawa-Carballeda, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) pertenece al grupo de trastornos conocidos como enfermedad inflamatoria intestinal (EII). El TRPV3 es un receptor que funge como canal permeable principalmente a calcio y magnesio, el cual pertenece a la subfamilia de receptores de potencial transitorio activados por vaniloideos (TRPV). Este receptor se activa por agonistas específicos, tales como carvacrol, eugenol, timol y otros monoterpenoides. El papel del TRPV3 en pacientes con CUCI aún no se ha estudiado.

Objetivo: Evaluar la expresión proteica de TRPV3 en pacientes con CUCI grave refractaria al tratamiento convencional.

Material y métodos: Se evaluó un total de 10 individuos que se sometieron a una colectomía total; los pacientes integraron 2 grupos: 1) CUCI (n=5) y 2) control sin EII (n=5). Los pacientes con CUCI grave se sometieron a una colectomía por refractariedad al tratamiento médico. Los cortes se desparafinaron y rehidrataron mediante la aplicación serial y gradual de xileno y alcoholes. Se

bloqueó la peroxidasa endógena con H_2O_2 al 3% durante 20 minutos. Se utilizó suero normal al 3% durante 30 minutos como bloqueador de proteínas y las laminillas se incubaron con avidina y biotina. Después de la incubación a 4 °C durante la noche con el anticuerpo primario, las laminillas se incubaron con el anticuerpo secundario conjugado con biotina. Posteriormente, las laminillas se incubaron con estreptavidina-peroxidasa de rábano con el sustrato 3,3'-diaminobencidina. Las células que expresaron TRPV3 se contaron en al menos 3 campos ópticos de cada laminilla con un poder de aumento de 320x. Los valores promedio por laminilla se utilizaron para el análisis estadístico. Los resultados se expresaron como media \pm desviación estándar (DE) de las células cuantificadas por el software Image Pro-Plus versión 5.1.1. Un valor de $p < 0.05$ se consideró estadísticamente significativo.

Resultados: Los niveles de expresión proteica fueron significativamente menores en pacientes con CUCI grave en todas las capas del colon (mucosa [$p < 0.001$], submucosa [$p < 0.001$], muscular [$p < 0.001$] y serosa [$p < 0.001$]) en comparación con los sujetos de control sin EII. Se identificó que la principal fuente de producción del TRPV3 fue a nivel de las criptas y en células de origen linfoide.

Conclusiones: La expresión proteica de TRPV3 disminuyó significativamente en pacientes con CUCI grave en todas las capas del colon en comparación con el grupo de control sin EII, lo cual sugiere que esta molécula desempeña un papel en la fisiopatología de la CUCI y podría influir en la gravedad de la CUCI.

Financiamiento: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; PECEM, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Mar269

ESTUDIO DE NO INFERIORIDAD ENTRE PICOSULFATO SÓDICO MÁS CITRATO DE MAGNESIO Y ÁCIDO CÍTRICO VS. POLIETILENGLICOL PARA LA PREPARACIÓN INTESTINAL PREVIA A COLONOSCOPIA EN PACIENTES CON COLITIS ULCERATIVA CRÓNICA IDIOPÁTICA

R. M. Miranda-Cordero, A. M. Ganado-Escobar, A. A. Rosales-Solís, R. Romero-Fierro, Centro Médico ISSEMYM Lic. Arturo Montiel Rojas

Introducción: La colonoscopia tiene un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de los pacientes con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI). Durante el procedimiento, la cantidad de residuo afecta directamente la visualización de la mucosa, identificación de lesiones, ejecución de la cromosondoscopia, dilatación de estenosis y resección de lesiones polipoides. Existe información limitada en relación con las recomendaciones para la preparación intestinal en la CUCI. Derivado de algunos estudios clínicos, en general se recomienda el uso de polietilenglicol (PEG), el cual es un laxante osmótico, no absorbible e isotónico; sin embargo, la ingesta de un alto volumen (4 litros) y el sabor desagradable se asocian a baja tolerancia y apego. Por otro lado, el picosulfato de sodio+citrato de magnesio+ácido cítrico (picoprep) es un laxante osmótico y estimulante de bajo volumen, mejor tolerancia e índices de limpieza en colon derecho.

Objetivo: Determinar si picoprep no es inferior al PEG en la preparación intestinal para colonoscopia en una cohorte de pacientes con CUCI.

Material y métodos: Estudio de no inferioridad, prospectivo, aleatorizado, controlado y simple ciego. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes mayores de 18 años, diagnóstico de CUCI de actividad leve a moderada y aceptar participar en el estudio previa firma del consentimiento informado. El estudio se llevó a cabo durante el periodo de mayo de 2016 a mayo de 2018.

Se excluyeron pacientes embarazadas, con resección intestinal, CUCI grave, que no aceptaran participar y no cumplieran con la preparación intestinal. Un día antes del estudio, los pacientes recibieron alimentación con líquidos claros y PEG/picoprep. Se aplicaron las escalas de Boston y de Ottawa para evaluar la calidad de la limpieza intestinal y se utilizó la prueba de la U de Mann Whitney para evaluar los datos.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, 53 (64.6%) mujeres y 29 hombres (35.4%), con una edad promedio en el grupo de picoprep de 46.66 ± 11.01 años y de 51.30 ± 9.50 años en el grupo de PEG. Ambos grupos, PEG y picoprep, se integraron por 41 pacientes (50%). De acuerdo con la escala de Ottawa, el rango promedio en todos los segmentos fue mayor con PEG, lo que sugiere una mejor limpieza con picoprep (media de 5.71 ± 2.57) comparado con PEG (6.5 ± 2.42). Sin embargo, de acuerdo con la prueba de la t para varianzas iguales, no hay diferencias entre las 2 preparaciones ($p = 0.449$). Con respecto a la escala de Boston, la media para el grupo de PEG fue de 5.80 ± 1.90 frente a 6.26 ± 1.70 en el grupo de picoprep; se observó una mejor limpieza en colon derecho con este último ($p = 0.031$). Al igual que con la escala de Ottawa, no se observaron diferencias al aplicar la prueba de la U de Mann-Whitney ($p > 0.05$).

Conclusiones: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta cohorte de pacientes con relación a los resultados de las escalas de Boston y Ottawa. Se observó una mejor preparación en colon derecho en el grupo de picoprep; lo que permite una mejor canulación de la válvula ileocecal y el escrutinio de cáncer colorrectal en esta población de alto riesgo. Ambas preparaciones se toleraron bien y no se reportaron efectos adversos serios.

Financiamiento: El estudio se financió por Ferring Pharmaceuticals, quienes donaron el picoprep. Los investigadores y autores de este estudio no recibieron ningún tipo de remuneración.

Mar270

LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL ACTIVA ESTÁ ASOCIADA CON UN MAYOR RIESGO CARDIOVASCULAR

K. E. Bozada-Gutiérrez, A. Vega-Beyhart, J. K. Yamamoto-Furusho, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: La inflamación sistémica crónica se ha asociado a un mayor riesgo de aterosclerosis en distintas enfermedades, lo cual condiciona un aumento en el riesgo cardiovascular (RCV). La colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI) y la enfermedad de Crohn (EC) forman parte de la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y se caracterizan por ser procesos inflamatorios crónicos e incurables. El incremento del riesgo cardiovascular por la EII es bien conocido.

Objetivo: Evaluar si la actividad de la enfermedad incrementa el riesgo cardiovascular en pacientes con EII.

Material y métodos: Estudio comparativo y retrolectivo que incluyó pacientes con diagnóstico de EII confirmada mediante histopatología durante el periodo de enero de 2015 a enero de 2018. Se recopilaron variables demográficas y clínicas. El grado de actividad de la EII se evaluó mediante el índice de actividad de la Clínica Mayo y el índice de Truelove-Witts para CUCI; el grado de actividad de la enfermedad de Crohn se evaluó mediante el CDAI (del inglés *Chron's Disease Activity Index*) y el índice de Harvey-Bradshaw; finalmente, el riesgo cardiovascular se evaluó mediante la escala de Framingham. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante el software SPSS v.24.

Resultados: Se incluyó un total de 239 pacientes con diagnóstico de CUCI (135 activos y 104 en remisión), así como 63 pacientes con EC (39 activos y 24 en remisión). El grupo de pacientes activos con CUCI presentó mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular, como

diabetes mellitus (DM) (18.5% vs. 3.8%, $p<0.001$), hipertensión (48.9% vs. 11.5%, $p<0.001$), dislipidemia (61.5% vs. 3.8%, $p<0.001$) y obesidad (12.6% vs. 1.9%, $p<0.001$) en comparación con el grupo de CUCI en remisión. En los pacientes con EC se observó mayor frecuencia de HTA (48.7% vs. 16.7%, $p<0.001$) y dislipidemia (59% vs. 5.2%, $p<0.001$) en los pacientes activos comparados con los pacientes con EC en remisión. La mediana del puntaje de RCV de la escala de Framingham en pacientes con CUCI activo fue de 5.25 y de 0.3 en pacientes en remisión ($p<0.005$); en la EC, este fue de 5.9 en pacientes activos y de 0.3 en pacientes remisión ($p<0.005$). Los puntajes más altos de RCV, calculado mediante la escala de Framingham, se encontraron en pacientes activos con EII, en comparación con los pacientes en remisión [CUCI (0.3 vs. 5.25, $p<0.001$) y EC (0.3 vs. 5.9, $p<0.001$); se encontró una correlación positiva entre la actividad y el RCV para CUCI (coeficiente de correlación de Spearman [ρ]: 0.574, $p<0.001$) y para la EC (ρ : 0.499, $p<0.001$). En el modelo de regresión lineal de ambas EII, la actividad de la enfermedad permaneció como factor independiente asociado a los puntajes de RCV más elevados (CUCI: [razón de momios [RM]: 5.30, IC95%: 2.84-7.76, $p<0.001$]; EC [RM: 4.62, IC95%: 0.79-8.4, $p=0.01$]), como se ilustra en la **Tabla 1**.

Conclusiones: El riesgo cardiovascular es significativamente más alto en pacientes con EII activa en comparación con los pacientes en remisión.

Financiamiento: Ninguno.

Mar271

EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN ANORRECTAL MEDIANTE MANOMETRÍA DE ALTA RESOLUCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

D. M. Y. Florez-Medellín, F. D. García-García, F. Martínez-Silva, P. Baltazar-Montufar, Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: La calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que logran la remisión frecuentemente se ve afectada por la presencia de síntomas de disfunción anorrectal, tales como urgencia, tenesmo e incontinencia fecal. Estudios previos reportan hipersensibilidad y disminución de la distensibilidad rectal en sujetos con colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) y alteraciones en la sensibilidad rectal en pacientes con enfermedad de Crohn (EC), incluso en ausencia de afección macroscópica. Sin embargo, la información respecto a la disfunción anorrectal en pacientes con EII en remisión es limitada, por lo que el objetivo de este estudio fue evaluar la función anorrectal en una cohorte de pacientes mexicanos con diagnóstico de EII mediante manometría de alta resolución.

Objetivo: Evaluar la función anorrectal en una cohorte de pacientes mexicanos con diagnóstico de EII mediante manometría de alta resolución.

Material y métodos: Se evaluaron, de forma prospectiva y después de firmar un consentimiento informado, pacientes adultos con diagnóstico confirmado de EII en remisión, sin enfermedades neurodegenerativas ni antecedentes quirúrgicos a nivel pélvico o perianal. Se excluyeron sujetos con antecedentes de enfermedad hemorroidal, fisura anal y absceso o fistula perianal. Se evaluaron las características demográficas de los pacientes, y estos se sometieron a una exploración física y luego respondieron el cuestionario de gravedad de incontinencia fecal de Wexner modificado por la Universidad de Cleveland y el cuestionario modular de Roma IV para estreñimiento funcional. Posteriormente, los pacientes se sometieron a una exploración anorrectal y a una manometría anorrectal de alta resolución (Equipo ManoScan Anorectal High Resolution Manometry, Given Imaging, Yoqneam, Israel) con catéter de estado sólido de 144 sensores de presión en 12 anillos circunferenciales y diámetro de 4.2 mm. Finalmente, se llevó a cabo la prueba de expulsión de balón (sonda foley 16 fr, con 50 ml de agua y una duración de 2 minutos). Se utilizó estadística descriptiva para analizar los datos.

Resultados: Se evaluaron 12 pacientes, en su mayoría mujeres (58.3%), con una edad media de 48.7 años; 71.4% de las mujeres tenían antecedentes de episiotomía. Diez de los pacientes estudiados padecían CUCI y 2 enfermedad de Crohn. El cuestionario de Wexner reportó incontinencia en 5 pacientes con CUCI y en 1 de los sujetos con EC. Siete pacientes refirieron síntomas de estreñimiento, pero solo 4 individuos cumplieron con los criterios de Roma IV para estreñimiento funcional. En cuanto a los hallazgos manométricos, 50% de los pacientes presentaron hipertonia anal y la contractilidad anal fue normal en el 58.3%. En 4 pacientes (33.3%), se encontró un patrón disinérgico tipo I y en 2 más se reportó un patrón disinérgico tipo III; sin embargo, solo 1 paciente con CUCI cumplió con los criterios para disinerxia defecatoria. En el 60% de los pacientes con CUCI y el 50% de los individuos con EC se documentó hiposensibilidad rectal. Finalmente, la prueba de expulsión de balón fue negativa en el 66.6% de los sujetos con CUCI y en los 2 casos con EC (**Tabla 1**).

Conclusiones: La EII en remisión se acompaña de disfunción anorrectal. Este estudio demostró la presencia de hipertonia del canal anal e hiposensibilidad rectal como las alteraciones prevalentes. Uno de cada 2 pacientes reportó incontinencia fecal; por otro lado, más de la mitad de los pacientes refirieron síntomas de estreñimiento. Estos datos deberán complementarse con estudios futuros.

Financiamiento: Este estudio no recibió ningún patrocinio.

Mar272

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

K. E. Bozada-Gutiérrez, M. García-Alanís, A. Sarmiento-Aguilar, A. Fresan-Orellana, J. K. Yamamoto-Furusho, Clínica de Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Tabla 1. Riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de acuerdo con la actividad de la enfermedad. (Mar270)

	CUCI n=239		Valor de p	Enfermedad de Crohn n=63		Valor de p
	Activos n=135	Remisión n=104		Activos n=39	Remisión n=24	
Riesgo cardiovascular (Framingham)	5.25 (1.1-15.77)	0.3 (0.01-1.33)	<0.001	5.9 (2.4-16.2)	0.350 (0.1-4.4)	<0.001
Bajo	66 (48.9)	98 (94.2)	<0.001	16 (41)	19 (79.2)	0.004
Moderado	29 (21.5)	6 (5.8)	0.001	11 (28.2)	3 (12.5)	0.215
Alto	46 (34.1)	3 (3.9)	<0.001	14 (35.9)	2 (8.3)	<0.001

Tabla 1. Características de los pacientes evaluados. (Mar271)

	CUCI n=10	EC n=2
Sexo (<i>hombre/mujer</i>) (n)	6/4	1/1
Edad (<i>años, media</i>)	48.8	48.5
Edad al diagnóstico (<i>Montreal</i>) (A1/A2/A3) (n)	0/5/5	0/1/1
Extensión (<i>Montreal</i>) (n)	E1:2/E2:3/ E3:5	L2B1/ L1B1
Estreñimiento funcional (<i>Roma IV</i>) (n)	4	0
Escala Wexner		
Incontinencia fecal (<i>leve/moderada/grave</i>) (n)	4/1/0	1/0/0
Hallazgos manométricos		
Longitud del canal anal (<i>cm, media</i>)	4.15	3.45
Ondas anales ultralentas (<i>ausentes/presentes</i>) (n)	9/1	2/0
Presión en reposo del canal anal (<i>mm Hg, media</i>)	98.3	75.5
(normal/hipertónico/hipotónico) (n)	4/5/1	0/1/1
Contracción voluntaria máxima (<i>mm Hg, media</i>)	270.2	134.3
Presión sostenida (<i>mmHg, media</i>)	126.7	68.3
Duración de la contracción (<i>segundos</i>)	19.04	20.65
Contractilidad anal (normal/hipercontractil/hipocontractil) (n)	7/3/0	0/0/2
Presión rectal (<i>mm Hg, media</i>)	54.5	54.8
Presión residual anal (<i>mm Hg, media</i>)	83.3	80.1
Patrón disinérgico (n)	6	0
Ninguno	3	1
Tipo I	0	0
Tipo II	1	1
Tipo III	10/0	2/0
Reflejo de la tos (<i>presente/ausente</i>) (n)	10/0	2/0
Reflejo inhibitorio rectoanal (RIRA) (<i>presente/ausente</i>) (n)	6	1
Sensibilidad rectal (n)	4	1
Hiposensibilidad		
Hipersensibilidad		
Prueba de expulsión de balón (<i>positiva/negativa</i>) (n)	4/5	2/0

Introducción: Los trastornos mentales en la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) influyen negativamente en la evolución clínica de la enfermedad al aumentar el número de recidivas, lo cual tiene efectos negativos en la calidad de vida y la salud mental. En México, se desconocen cuáles son los trastornos mentales que afectan la calidad de vida en los pacientes con EII.

Objetivo: Describir la prevalencia de los trastornos mentales y su relación con la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en pacientes con EII.

Material y métodos: Se evaluaron 104 adultos con EII entre agosto de 2017 y febrero de 2018. Se aplicaron los cuestionarios IBDQ-32 y SCID-I. Para estimar la razón de momios (RM), los modelos logísticos se ajustaron a las variables sociodemográficas, clínicas, psiquiátricas y de la CVRS.

Resultados: El 88% de los pacientes con EII presentaban colitis ulcerosa crónica idiopática (CUCI). La prevalencia de cualquier trastorno mental fue del 56.7%; los trastornos más frecuentes fueron: ansiedad (44.2%), trastornos afectivos (56.7%), uso de sustancias (12.2%) y otras comorbilidades psiquiátricas. El 29.8% de los pacientes presentaron tres o más diagnósticos psiquiátricos. No se encontraron diferencias en la prevalencia de los trastornos mentales conforme al subtipo de EII o al sexo. Los sujetos con peor CVRS tenían algún trastorno mental ($p=0.005$), trastornos afectivos ($p=0.004$) y trastorno de ansiedad ($p=0.009$). Los principales factores pronósticos de una CVRS baja fueron la presencia de cualquier trastorno mental (RM: 2.96 [IC95%: 1.10-7.98]), depresión (RM: 2.83 [IC95%: 1.09-7.34]) y el número de trastornos mentales (RM: 2.14 [IC95%: 1.39-3.28]).

Conclusión: Los pacientes con EII presentan un número elevado de comorbilidades psiquiátricas, lo cual afecta significativamente la calidad de vida.